UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 108

LE LEVER PRÉCOCE EN CHIRURGIE ABDOMINO-PELVIENNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 31 Janvier 1934

PAR

Marie-Bernard-René LALANDE

Né à MONT-DE-MARSAN (Landes), le 15 janvier 1907.

Examinateurs de la Thèse :

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

CHARRIER, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 108

LE
LEVER PRÉCOCE
EN CHIRURGIE ABDOMINO-PELVIENNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 31 Janvier 1934

PAR

Marie-Bernard-René LALANDE

Né à MONT-DE-MARSAN (Landes), le 15 janvier 1907.

Examinateurs de la Thèse :

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*
PAPIN, professeur .....
JEANNENEY, professeur..... *Juges.*
CHARRIER, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id	DE GRAILLY.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.	FONTAN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIÈRE.		

Ophtalmologie	MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.
id. Clinique dentaire	DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA MERE ET A MON PERE

Acceptez ce modeste travail comme gage d'une grande reconnaissance et d'une profonde affection que des années d'éloignement, longues et pénibles, n'ont pu affaiblir.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE TRAVAIL

Qu'ils soient assurés que malgré le temps cette amitié de jeunesse sera toujours vivace.

A Monsieur le Docteur JONCHERES

Chirurgien à l'Hôpital de Saintes,
Ex-Interne des Hôpitaux,
Ancien médecin résidant des hôpitaux de Bordeaux.

A Monsieur le Professeur G. JEANNENEY,

Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

Qui nous a inspiré ce travail.
En remerciement pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. BEGOUIN,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

En témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

A MES MAITRES

DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Avant de quitter cette vieille cité girondine où nous avons passé nos plus belles années de jeunesse, nous devons accomplir notre dernier devoir d'étudiant en présentant devant la Faculté ce modeste travail. Nous le faisons avec joie, car, en marquant la fin de nos études, il ouvre devant nous une voie nouvelle encore richement bordée de toutes ses illusions...

Dans le coin de campagne, que nous souhaitons accueillant, où nous irons pour exercer l'art délicat de guérir, nous emporterons le souvenir ému de nos maîtres. Qu'il nous soit permis de dire, ici, notre reconnaissance envers ceux qui firent notre première éducation avec tant de dévouement, de bienveillance et de bonté; envers ceux qui, plus tard, nous ont prodigué le meilleur d'eux-mêmes pour nous enseigner une science difficile entre toutes.

Qu'ils soient assurés que dans la noble tâche que nous avons acceptée nous essayerons toujours de nous montrer digne des bonnes leçons reçues.

LE

LEVER PRÉCOCE

EN CHIRURGIE ABDOMINO-PELVIENNE

INTRODUCTION

La méthode du lever précoce des opérés, qui s'efforce de diminuer au maximum le temps de séjour au lit après une intervention chirurgicale, semble être, théoriquement du moins, l'aboutissant logique de la chirurgie qui, comme toute science, évolue et progresse.

Aux temps déjà lointains des débuts de la chirurgie abdominale, les malades qui venaient de subir une laparotomie étaient systématiquement condamnés à une longue et pénible immobilité. Avec les progrès qui lentement se manifestaient, les chirurgiens changèrent peu à peu cette façon de procéder. Ils permirent tout d'abord quelques mouvements dans le lit et ils vinrent assez vite au lever du vingt et unième jour universellement respecté. M. le Professeur J.-L. Faure, en faisant quitter le lit à ses malades dès le douzième jour, ébranla fortement ce dogme. Actuellement, M. le Professeur A. Chalier conseille de pratiquer le lever dans les premières quarante-huit heures qui suivent celle de l'intervention.

Cette idée du lever précoce vient, sans doute, de l'obser-

vation de certains malades qui, n'écoutant que leurs caprices, malgré les ordres formels du chirurgien, se soumettent, sans grands dommages d'ailleurs pour la bonne marche de la guérison, à des levers précoces intempestifs. En voici un exemple frappant : un homme de 70 ans entre, pour hernie étranglée, dans un hôpital de province. Le matin on l'opère et le soir il s'enfuit en escaladant tout seul le mur d'enceinte de l'établissement. Il se rend à son domicile où il est retrouvé sain et sauf quelques heures après sa fugue imprudente. Il vit encore! Si des faits aussi impressionnants que celui-ci sont d'une extrême rareté, on voit assez souvent des malades qui, très vite après une opération importante, se lèvent, font quelques pas dans la salle, vont boire au robinet voisin et se recouchent, tout fiers de leur exploit, peut-être accompli par bravade...

Ayant remarqué des faits de cette nature, quelques chirurgiens, plus hardis que les autres, estimèrent sans doute que le lever précoce pouvait être essayé. Ils obtinrent quelques succès et très vite ils répandirent l'idée nouvelle. Elle fut, dès lors, l'occasion de débats passionnés. Elle connut des temps de faveur, « de gloire éphémère » alternant avec des temps de disgrâce.

Il semble qu'elle ait, de nos jours, un regain d'actualité; aussi nous proposons-nous d'en faire l'étude dans ce travail.

Nous éliminerons la question du lever précoce en obstétrique, car, ne l'ayant jamais vu pratiquer, il nous est impossible d'avoir une opinion personnelle. Nous savons cependant que beaucoup d'accoucheurs modernes font lever leurs malades très vite après la naissance de l'enfant. Ils estiment que, grâce à cette mobilisation précoce, les suites de couches sont meilleures, l'écoulement des lochies, en particulier, est facilité. Quelques médecins coloniaux nous ont appris que dans la majeure partie des tribus africaines, surtout parmi celles qui sont les moins avancées en civilisation, les femmes accouchées se lèvent très tôt, bien des fois le jour même, pour vaquer à leurs occupations habituelles.

M. le docteur Broband eut, au cours de ses séjours coloniaux, une très nombreuse clientèle féminine; il nous a affirmé que les complications immédiates, hémorragies, par exemple, étaient l'exception malgré ce lever très précoce. Des complications tardives, prolapsus utérins, rétrodéviations, rétroversions, il n'en a jamais observé.

Nous avons appris aussi que, dans certaines colonies plus évoluées, la mode européenne du séjour au lit après l'accouchement se répandait peu à peu. Quelle est la meilleure des deux méthodes? La civilisation a-t-elle eu un rôle néfaste? Nous laissons à d'autres le soin de l'établir!

Dans cette étude nous étudierons simplement la question du lever précoce après les interventions purement chirurgicales portant sur l'abdomen. Pour nous rendre bien compte de son état actuel, nous avons fait une enquête très importante auprès de nombreux chirurgiens français et étrangers. Nous en publierons les résultats en même temps que nous étudierons l'historique de la question. Nous verrons ensuite les conditions nécessaires pour la bonne réalisation de la méthode; la technique, les avantages qu'elle offre et les inconvénients s'il y a lieu. Nous essayerons, enfin, de dégager de cette étude les conclusions logiques qui semblent s'imposer.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA QUESTION ET ETAT ACTUEL

L'idée du lever précoce des opérés semble remonter à la fin du XVIII[e] siècle et ce serait un auteur anglais, Whiter, qui, le premier, aurait conseillé de la mettre en pratique. Abandonnée, elle fut reprise vers la fin du siècle dernier par quelques chirurgiens américains.

En 1889, Ries, professeur de gynécologie à Chicago, osa proposer à ses collègues de la section de chirurgie de l'Association médicale américaine de laisser lever, dès qu'ils se sentiraient capables de le faire, les opérés de l'abdomen. Il pensait, en outre, qu'on pouvait parfaitement, sans qu'il y ait aucun danger, leur laisser la liberté de se retourner dans leur lit comme il leur conviendrait, cela, dès le lendemain de l'intervention. Il estimait que ces mesures, « révolutionnaires pour l'époque », permettaient d'éviter les complications du décubitus dorsal trop prolongé, en particulier les complications pulmonaires toujours graves, surtout chez les vieillards.

L'immense majorité de ses confrères ne voulut pas suivre ces conseils, mais ces idées d'avant-garde ne tombèrent pas cependant tout à fait dans l'oubli. Elles furent reprises par d'autres chirurgiens américains. C'est ainsi que Byford se rapproche du levèr précoce en faisant sortir du lit, dix, quinze jours au plus tard après l'intervention, ses malades opérés de l'abdomen. Les frères Mayo réalisent un progrès encore plus sensible, puisque leurs malades se lèvent vers le

huitième jour. Avec Bold, de New-York, nous en arrivons à une méthode ressemblant à peu près à celle qui est utilisée de nos jours. Après avoir pris des précautions pour maintenir la paroi, à l'aide d'un grand bandage compressif qui la soutient tant bien que mal, ce chirurgien lève ses malades quarante-huit heures après l'intervention.

L'idée ainsi lancée en Amérique arriva en Europe. Voyons avec quelle faveur elle y fut accueillie. Après un très rapide coup d'œil sur l'étranger, nous arriverons à la France sur laquelle nous nous sommes proposé d'insister davantage.

Dès le début des laparotomies, on s'efforçait, en Allemagne, de faire exécuter aux opérés des mouvements d'amplitude assez étendue. Quelques chirurgiens adoptèrent très vite le lever précoce. L'un des premiers, Kümmel l'autorisait volontiers après des interventions presque idéales au cours desquelles « la narcose avait été rapide », lorsque les pertes de sang avaient été aussi minimes que possible et que la plaie cicatrisait facilement par première intention. Il insistait sur la solidité de la paroi, estimant que, si elle était insuffisante, le lever précoce n'était pas recommandable. Il le désirait très précoce et il prescrivait volontiers, dès le troisième jour, des promenades assez longues. Dans sa thèse (Munich, 1910), M. le docteur F. Schweninger estime que le lever précoce doit être réalisé dès le deuxième jour qui suit l'opération, car, par la suite, il a, d'après lui, perdu l'un de ses principaux avantages, celui de préserver des thromboses post-opératoires. Plus près de nous, d'autres auteurs, Von Jahke Shumaker, ont employé la méthode et ils ont surtout étudié ses rapports avec les accidents veineux post-opératoires établissant qu'elle était un excellent moyen pour les prévenir.

De nos jours, la méthode est couramment pratiquée en Allemagne où elle a été l'objet de nombreuses communications.

En Espagne, les chirurgiens semblent être, par contre, assez traditionalistes. Avec M. le docteur Ribas y Ribas, on note quelques essais timides de lever précoce, mais ils sont

vite abandonnés. D'après M. Goyanes, de Madrid, il y aurait actuellement, en Espagne, une tendance qui se manifesterait en faveur de la méthode. Il la connaît pour l'avoir utilisée, mais il n'a pu nous communiquer ses résultats, car il ne l'a guère employée systématiquement. A côté de ces timides adhérents au lever précoce, il en existe un qui régulièrement le met en pratique depuis 1914 : M. le Professeur E. Lopez, de Valencia. Depuis cette date, il a rompu « avec la vieille routine de nos ancêtres » et il présente actuellement une statistique portant sur plus de 2.000 cas. Il se déclare enchanté des résultats obtenus par « l'asquesithérapie ». C'est ainsi qu'il nomme la méthode.

Pour en terminer avec les étrangers, nous dirons qu'un Roumain, Gérota, a rapporté près de 3.000 observations de lever précoce sans qu'il ait eu d'accidents notables à déplorer. Enfin, au dernier Congrès de chirurgie de Moscou, les congressistes se sont prononcés, presque à l'unanimité, pour l'adoption du lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne.

Les chirurgiens français semblent avoir envisagé plus tard que leurs collègues étrangers la possibilité du « lever précoce ». M. le Professeur J.-L. Faure fut l'un des premiers à raccourcir le temps de séjour au lit des malades venant de subir une laparotomie. En 1908, il les levait douze jours après l'intervention, mais il condamnait formellement un lever plus précoce. A cette époque les vingt et un jours de quasi-immobilité au lit étaient encore de rigueur, aussi fut-il bien critiqué! Sa proposition résista malgré tout à l'épreuve du temps; elle est de nos jours pratiquée par la grosse majorité des chirurgiens du monde entier!

M. le docteur Walther fut l'un des premiers à introduire, en France, la méthode du lever précoce, mais il la réservait seulement aux laparotomies sus-ombilicales, pour les interventions gastriques en particulier. Son élève, M. le docteur Brisset, de Saint-Lô, a publié, en 1923, une statistique de 51 interventions gastriques, toutes suivies de lever précoce du deuxième au quatrième jour. Dans ces observations de

gravité certaine on ne constate pas l'apparition de complications. L'auteur est d'ailleurs formel : « Sur ces 51 opérés levés tôt, nous n'avons observé aucune complication immédiate ou tardive, pas même un accident. » Il fait remarquer que « lever précoce » ne veut pas dire « marche dès le début », mais, au contraire, séjour plus ou moins long, selon l'état du malade, dans un fauteuil situé près du lit. Actuellement, loin d'avoir abandonné une méthode qui lui a donné de si brillants résultats, il l'a étendue à quelques interventions sous-ombilicales, appendicectomies à froid, certaines hystérectomies subtotales, quelques interventions simples sur les annexes.

En 1923, le « lever précoce » était très peu répandu en France, aussi la publication de ces 51 observations fit grand bruit. Elle fut l'objet d'un rapport présenté à la Société Nationale de Chirurgie par M. le Professeur Grégoire. Entrevoyant peut-être déjà les succès futurs d'une méthode si pleine de hardiesse, il le terminait comme suit : « La question du lever précoce a considérablement évolué depuis vingt ans. Jadis le séjour au lit était un dogme et sa durée *uniformément et empiriquement* fixée à vingt et un jours. Puis on a su qu'on pouvait diminuer cette durée à douze ou quinze jours pour les opérées de l'abdomen, et bien davantage après beaucoup d'autres opérations. Faut-il comprendre parmi celles-ci les laparotomies sus-ombilicales? Si l'on apportait beaucoup de statistiques comme celle-ci, il faudrait bien l'admettre.

« Pour l'instant, acceptons ces faits, bien qu'ils nous paraissent surprenants, et ne nous hâtons pas de les critiquer sans raisons, d'après nos habitudes ou nos impressions, ce qui équivaudrait à dire : « *Je ne fais pas ainsi, donc ce n'est pas faisable.* » Ces déclarations peuvent encore s'appliquer de nos jours, mais, au lieu de les limiter aux seules laparotomies sus-ombilicales, il faut les étendre à toutes les interventions abdomino-pelviennes.

Au cours des deux discussions qui suivirent ce rapport, si nous voyons M. le docteur Lapointe se refuser à appliquer

le lever précoce par suite « du respect traditionnel de la douleur dont il ne peut s'affranchir » (nous verrons ultérieurement ce que nous devons penser de cet argument), nous apprenons que M. le docteur Dujarier l'utilise depuis 1912. Dans les débuts, il l'employait seulement après les laparotomies sus-ombilicales, mais très vite il étendit cette pratique aux laparotomies sous-ombilicales. Il fait remarquer qu'il faut agir avec douceur et sans jamais user de contrainte. M. le docteur Gaudier, de Lille, utilise la méthode depuis 1917, mais seulement après les interventions gastriques.

Actuellement, un nom domine toute la question : c'est celui de M. le Professeur A. Chalier, de Lyon. A cause de l'ardeur et de l'habileté qu'il met à défendre son point de vue, il mérite d'être appelé l'apôtre du « lever précoce » en France. Il suggéra, en 1919, une thèse sur la question à son élève Vaissé. Depuis il a écrit sans cesse de multiples articles dans les plus grandes revues médicales comme dans les plus modestes journaux. Il expose sa méthode, les avantages qu'il y trouve... Grâce à son expérience déjà longue de la méthode (publication d'une statistique impressionnante portant sur plus d'un millier de cas), il a acquis la certitude qu'elle réalise un gros progrès et que, grâce à certaines précautions, elle ne s'accompagne d'aucuns risques. Il l'a adopté « d'une façon décisive et presque systématique, dans la mesure, du moins, où la systématisation est possible pour un clinicien. » Il l'utilise indistinctement dans toutes les interventions abdomino-pelviennes.

Au cours de notre enquête, nous avons pu nous rendre compte que si certains chirurgiens sont réfractaires à la méthode actuelle (surtout parce qu'ils s'estiment satisfaits de celle qu'ils ont toujours employée), les partisans du lever précoce sont, malgré tout, en nombre assez considérable. Ils se sont divisés en deux camps suivant qu'ils réservent la méthode aux seules opérations portant *sur l'étage supérieur de l'abdomen* ou qu'ils l'utilisent indistinctement après *toutes les laparotomies*. En voici quelques-uns :

Dans la première catégorie, nous trouvons M. le Professeur Forgue; il s'oppose à l'utilisation de la méthode après les interventions pelviennes (ces malades étant, d'après lui, trop fatigués), mais il estime qu'une appendicectomie à froid, une cure radicale de hernie et surtout les opérations de chirurgie gastrique autorisent et même commandent le « hors-du-lit » précoce. M. le Professeur Grégoire, encore hésitant en 1923, a bien évolué depuis. Il fait lever, en effet, tous opérés de l'estomac entre le troisième et le cinquième jour qui suivent l'intervention. Jamais il n'a eu d'ennuis, il n'a trouvé, au contraire, que des avantages dans l'application de la méthode. M. le docteur Sauvé, de Paris, dont l'expérience personnelle porte sur plus de 80 cas, est un chaud partisan de la méthode après toutes les interventions gastriques, dans la plupart des opérations d'urgence sur l'intestin et en règle générale chez tous les vieillards et chez tous les individus cachectisés et notablement amaigris. Après les interventions gynécologiques, il craint la grosse fatigue que risque de produire un lever trop précoce sur des sujets qu'il estime trop affaiblis.

Dans la deuxième catégorie, avec M. le Professeur A. Chalier, avec M. le Professeur Ducuing, qui pratique régulièrement la méthode depuis 1928, nous trouvons M. le Professeur Binet, de Nancy. Il nous écrit qu'il utilise très souvent le lever précoce *dans les opérations aseptiques* (fibromes, etc.) et déclare n'avoir eu qu'à se louer d'une façon d'agir qui raccourcit notablement la durée du séjour à l'hôpital et abrège la convalescence. Pour les opérations septiques et chez les malades ayant présenté de la fièvre avant l'opération, il est moins absolu et, par prudence, il n'autorise qu'une certaine mobilisation au lit. Tout récemment, MM. les docteurs Folliasson et Laubry, de Grenoble, ont publié 40 observations de malades levés précocement après des interventions portant aussi bien sur l'étage supérieur que sur l'étage inférieur de l'abdomen, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes jeunes. Dans ces observations nous relevons quelques opérations d'importance secondaire, sans grande gravité, des

curettages utérins par exemple; d'autres, par contre, offrent un réel intérêt : quelques cures radicales de hernies, quelques hystérectomies et surtout 5 interventions pour prolapsus utérins. Leurs auteurs n'ont eu qu'à se louer de l'emploi de ce procédé malgré l'apparition, parfois, de quelques petits accidents, extrêmement rares et sans aucune gravité. M. le Professeur Jeanneney, venu depuis quelques mois au lever précoce, publiait dernièrement une statistique de 78 cas d'interventions sous-ombilicales, suivies de lever précoce. Soit : 30 hystérectomies levées en moyenne le quatrième jour après l'opération, 30 appendicectomies à froid levées le quatrième jour, 10 cas d'appendicite à chaud et 8 cas de hernies. Il est un chaud partisan de la méthode. Nous citerons encore dans cette dernière catégorie M. le docteur Jonchères, de Saintes, qui nous a fourni de nombreuses observations de lever précoce avec des suites très heureuses.

A côté de ces chirurgiens que nous venons de citer, d'autres, qui emploient volontiers la méthode après les interventions hautes, sont encore hésitants pour son utilisation après les opérations pelviennes. Ils forment, en somme, la transition entre les deux camps. M. le Professeur Delannoy, de Lille, estime que, chez les opérés de l'estomac, le lever dès le lendemain ou quarante-huit heures après l'opération s'impose, même en cas de complications pulmonaires, à condition qu'il n'y ait pas de défaillance cardiaque. S'il n'a pas encore étendu la méthode aux laparotomies sous-ombilicales et en particulier aux opérations de grande gynécologie, c'est plutôt, dit-il, « pour des questions de routine et de sentiment que par crainte d'insuccès ». M. le Professeur Miginiac, de Toulouse, nous écrit lui aussi que le lever précoce après les opérations portant sur la région sus-ombilicale présente de très nombreux avantages et aucun inconvénient. Il est moins absolu à propos des interventions pelviennes, les seules, dit-il, qui prêtent à discussion. Il pense cependant que, dans ces cas : « Lorsque la méthode est réalisable (ce qui n'est pas constant, du fait de la volonté de l'opéré), elle est bonne,

à condition, bien entendu, qu'il n'y ait pas de drainage ». S'il n'ordonne d'ailleurs pas systématiquement le lever précoce aux malades venant de subir une laparotomie pour intervention pelvienne, il ne la leur interdit pas non plus.

Nous voyons donc qu'il existe chez nos maîtres des Facultés françaises (plus souvent, peut-être, parmi les plus jeunes d'entre eux) une tendance très nette en faveur du lever précoce. Dans le cadre nécessairement restreint de cette étude, il nous est impossible de citer les noms de tous les éminents chirurgiens qui se sont résolûment lancés dans cette voie. Ils sont unanimes à reconnaître et à proclamer les bienfaits d'une méthode dont le succès, sans cesse croissant, semble une preuve de sa fécondité!

CHAPITRE II

LES CONDITIONS DE REALISATION

Voyons, tout d'abord, ce que les auteurs entendent actuellement par « lever précoce ».

Dans l'un de ses nombreux articles, M. le Professeur A. Chalier écrit qu'on ne peut vraiment pas parler de lever précoce si le malade ne quitte pas son lit, pour le fauteuil, dans les cinq premiers jours qui suivent l'intervention. C'est ainsi qu'il conseille de faire lever, *le troisième jour au plus tard*, tous les malades venant de subir une intervention peu mutilante. Par exemple : cure radicale de hernie, appendicectomie à froid ou même appendicectomie pour appendicite aiguë si l'opération a eu lieu précocement et a nécessité un drainage restreint. Quand il s'agit, au contraire, d'une opération plus importante, donc plus traumatisante, il indique *le cinquième jour comme limite extrême*.

De très nombreux chirurgiens ont adopté cette façon de voir. D'autres, peut-être parmi ceux qui sont venus les derniers à cette méthode, estiment qu'il est encore légitime de parler de lever précoce lorsque le malade quitte son lit pour la première fois avant le huitième jour qui suit l'intervention chirurgicale. Nous diviserons donc la méthode en deux : le lever précoce primitif et le lever précoce tardif.

Malgré cette classification d'ensemble un peu rigide, il n'y a aucune règle fixe pour indiquer la date exacte du premier lever. Le chirurgien ne doit se fier qu'à lui, *à son bon sens clinique* pour le décider, selon les circonstances, tel jour plu-

tôt que tel autre. L'idée directrice est, en somme, la suivante : ne pas garder systématiquement au lit, selon la vieille coutume, des malades pouvant bénéficier des avantages du lever. Le mettre en pratique dès que les conditions indiquées plus loin sont réalisées.

Pour que la méthode puisse être appliquée avec le maximum de chances de succès, certaines conditions, fort importantes, doivent être réalisées. Nous les diviserons schématiquement en trois groupes distincts :

Les conditions préopératoires;
Les conditions opératoires;
Les conditions postopératoires.

A. — *Les conditions préopératoires.*

Elles sont relatives au malade; les unes sont d'ordre général, les autres d'ordre local.

Il faut, tout d'abord, que le malade se présente, au moment de l'opération, *en assez bonne condition physique pour que le chirurgien puisse espérer une récupération rapide des forces après le choc opératoire.*

Nous voyons ici la nécessité du diagnostic précoce suivi de l'intervention chirurgicale immédiate. Dans ce cas, en effet, la lésion siégeant au niveau de tel organe est encore peu développée : elle est plus facilement extirpable. Il s'ensuit donc une intervention plus courte et moins traumatisante. Par ailleurs, à ce stade de début, la fonction physiologique de l'organe lésé étant très peu affaiblie, le trouble qui en résulte n'est pas encore assez considérable pour déterminer ce déséquilibre général qui, peu à peu, affaiblit l'organisme. Le chirurgien aura donc à intervenir sur un individu plus résistant.

En règle générale, si, avant l'opération, le malade est encore capable de vaquer, sans trop de fatigue, à ses occupations quotidiennes, il pourra, très facilement, supporter l'épreuve du lever précoce. Par contre, s'il est déjà très affaibli, s'il est

presque un infirme, nous ne l'envisagerons même pas, car à ce moment il est « déjà un grand malade » et, comme nous le fait remarquer très judicieusement M. le Professeur Papin, « il continue à l'être après l'ablation de sa lésion anatomique ». Un long repos au lit lui est donc nécessaire pour se rétablir. D'ailleurs, le seul fait d'avoir gardé le lit pendant quelques mois, quelques semaines même avant l'opération constitue une contre-indication formelle au lever précoce. La stase veineuse qu'elle aura provoquée (nous verrons son importance dans notre dernier chapitre) ayant peut-être déjà mis en marche un processus phlébitique qui ne se manifestera qu'après l'opération.

Les examens multiples qui sont pratiqués avant chaque opération donnent des indications précises sur la valeur fonctionnelle des organes principaux du malade. Si, en dehors de celui qui est lésé, tous sont en bon état, la possibilité du lever précoce pourra être envisagée. Par contre, si le chirurgien découvre une tare importante, il devra agir avec grande prudence. Dans cet ordre d'idée, tous les sujets à cœur déficient devront garder le lit longtemps après l'opération. Il est prouvé en effet, que soumis à l'épreuve, ils la supportent très mal. Ce serait donc désormais absurde de la leur imposer. Par contre, les malades atteints de lésions pulmonaires chroniques, les vieux emphysémateux dont le cœur est encore solide, peuvent et même doivent être levés tôt, à condition de prendre toutes les précautions nécessaires pour qu'ils n'aient pas froid pendant leur séjour hors du lit. Ils se trouvent très bien de ce grand changement de position et en retirent de précieux avantages que nous avons eu très souvent l'occasion de constater.

Nous verrons plus loin que la bonne réfection de la paroi abdominale est l'une des conditions essentielles de la réussite de la méthode. Elle ne sera réalisable et elle ne sera surtout efficace que si, avant l'opération, le malade possède une sangle abdominale encore solide : de bons muscles, de bonnes aponévroses sur lesquels le catgut ou le crin, selon

la méthode, trouvera un point d'appui capable de résister sans s'effriter ou se rompre sous l'effet d'un simple tiraillement. Il ne faut donc pas envisager le lever précoce chez ces individus à muscles flasques, peu développés ou dégénérés, chez ces ptosiques soumis au port continuel d'une ceinture maintenant leurs organes qui tombent parce que mal soutenus. On ne l'envisagera pas non plus chez ces obèses dont les muscles plus ou moins atrophiés disparaissent au milieu d'une épaisse couche de tissus adipeux n'offrant pas les garanties nécessaires de solidité.

B. — *Conditions opératoires.*

Nous en arrivons maintenant à l'acte opératoire lui-même et aux conditions essentielles que le chirurgien doit réaliser.

Est-il besoin de parler de l'asepsie? Tous les chirurgiens, qu'ils soient ou non partisans du lever précoce, sont d'accord pour la réclamer aussi parfaite que possible, afin d'éviter une infection ultérieure, soit une infection générale qui mettra la vie du malade en danger, soit une infection purement locale qui ralentira la marche vers la guérison et qui nuira à la solidité de la cicatrice. A cet effet nous conseillerons très vivement de placer un thermomètre dans chaque boîte contenant du matériel opératoire. Cette excellente pratique permettra au chirurgien de se rendre compte si le degré suffisant de température a été atteint à l'intérieur de chacune d'elles. En rejetant systématiquement le matériel qui ne présente pas les garanties de stérilisation (il en existe toujours), il peut éviter de très graves accidents : phlébites et embolies postopératoires par exemple.

La présence de ces petits *hématomes pariétaux*, siégeant en général dans le tissu cellulaire graisseux, constitue une autre cause de retard dans la bonne marche du processus de cicatrisation, car ils s'infectent très facilement, donnant parfois des phlegmons sous-cutanés. Pour les éviter, le chirurgien devra réaliser une hémostase aussi complète que pos-

sible. Dans les débuts de sa pratique du lever précoce, M. le Professeur Lopez en a signalé de nombreux cas, mais, de nos jours, il les observe de plus en plus rarement. M. le Professeur Jeanneney a fait une constatation analogue. Par contre, au cours de sa longue pratique, M. le Professeur Chalier prétend n'en avoir presque jamais observé.

Au cours de l'intervention, afin de la rendre moins traumatisante, il faut respecter le plus possible les organes qui ne sont pas lésés. Cette remarque s'applique notamment aux veines, mais surtout pour une autre raison. C'est, d'après M. le Professeur Forgue, un moyen de lutte contre la production des phlébites et embolies postopératoires. (Le rapport de cette question avec le lever précoce sera étudié ultérieurement). « Il faudra, écrit-il, éviter les tiraillements veineux, les décollements ligamentaires trop brusqués des tumeurs incluses, les ligatures — en bloc, en masse — les forcipressures prolongées des larges pédicules. Les lésions de l'endoveine jouent un rôle indéniable dans l'amorce de la coagulation : un thrombus, très localisé d'abord, se forme au niveau des larges et abondantes veines ligaturées; puis, de proche en proche, le caillot secondaire accroît et prolonge vers l'iliaque le thrombus primitif, prolongement fragile facile à détacher; et c'est la menace de l'embolie. »

Mais le point capital de l'intervention consiste *dans la réfection minutieuse de la paroi abdominale*. La suture devra être solide, car, au cours du lever précoce, elle sera soumise, avant que la cicatrice soit capable de résister par elle-même, à de très nombreux tiraillements. Ceux-ci sont dus à la contraction des muscles, d'une part, et à la poussée des organes contenus dans la cavité abdominale, d'autre part. Cette poussée s'effectue de dedans en dehors, tendant à expulser la masse intestinale, juste au moment de la contraction des muscles de la paroi. Certes, lorsque cette contraction se produit, soit à la suite d'un mouvement, d'un vomissement, ou d'un effort de toux, on constate que les muscles se rapprochent de la ligne médiane. Une trop grande minutie appor-

tée dans la réfection de la paroi semble donc superflue. En réalité, si ce rapprochement existe, les muscles, en se contractant, diminuent le volume de la cavité abdominale. La masse intestinale est, de ce fait, subitement comprimée. Si donc le contenant possède une fissure, le contenu, au travers de celle-ci, aura tendance à faire hernie au dehors. *D'où les risques d'éventration primitive*. Si, de plus, la suture n'est pas faite à l'aide de points suffisamment rapprochés, la cicatrisation se fera mal, *d'où les risques d'une éventration tardive*. Il est admis qu'il faut au moins douze jours pour que la cicatrice fibreuse soit constituée. On conçoit donc aisément que pendant ce laps de temps la suture doit être d'une solidité à toute épreuve. Sans cette précaution capitale il y aura échec complet de la méthode.

M. le Professeur A. Chalier a proposé la technique suivante qu'il utilise avec grand succès depuis une quinzaine d'années. Il fait une suture en quatre plans :

Un plan péritonéal;
Un plan musculaire;
Un plan aponévrotique spécial;
Un plan cutané.

La première est effectuée à l'aide d'un surjet hermétique au catgut. La deuxième par des points séparés, très rapprochés, également au catgut. Cette suture sera d'autant plus résistante et d'autant plus efficace qu'elle s'adressera à des individus plus jeunes à muscles bien constitués. A ceux, en particulier, qui font partie de cette « génération du sport » qui fortifie et qui développe. Le plan cutané sera reformé à l'aide d'agrafes de Michel ou de crins.

Le point principal est représenté par la suture du plan aponévrotique. C'est la partie capitale de la réfection pariétale. Elle sera exécutée à l'aide de crins de Florence, en points séparés assez rapprochés et à nœuds profonds. Pour M. le Professeur Chalier, cette suture bien faite constitue « l'armature de la paroi, le pilier de la méthode ».

Peut-être, avant lui, M. le Professeur Lopez avait déjà préconisé une méthode semblable. Lui aussi insistait sur la suture aponévrotique : « La suture du plan fibreux, à points entrecroisés, aux crins de Florence, constitue une garantie de premier ordre pour éviter les éventrations dans le lever précoce », écrivait-il. Il ajoutait que les conditions de stérilisation facile des crins assurent une cicatrice aseptique. Leur résorption difficile provoque, par ailleurs, une réaction sclé-reuse d'enkystement qui augmente, d'une façon fort heureuse, la résistance ultérieure de la paroi au niveau de la ligne de cicatrice. Il a pu parfois observer ce phénomène à l'occasion de quelques laparotomies itératives qu'il fut obligé d'effectuer.

L'idéal est de procéder à cette réfection dans des conditions d'asepsie et d'hémostase aussi parfaites que possible. Il semble cependant que ce procédé peut être utilisé, même dans des cas d'interventions septiques, de pyosalpinx, par exemple, car beaucoup d'auteurs prétendent l'avoir employé avec succès. M. le Professeur Lopez a observé, surtout autrefois, chez quelques malades des suppurations très importantes du tissu cellulaire sous-cutané (elles ont à peu près disparu de nos jours) et il a pu cependant, grâce à la solidité de la suture fibreuse sous-jacente, continuer la pratique du lever sans avoir jamais observé d'éventrations.

Quelques auteurs ont utilisé parfois une méthode plus simpliste mais beaucoup plus rapide, après des opérations particulièrement longues et pénibles. Devant aller vite, ils se contentent de faire une suture en un seul plan au fil de bronze. Ce procédé a donné de bons résultats, mais il ne nous paraît pas très recommandable. Il constitue un intermédiaire entre le précédent et le suivant.

Dans celui-ci, employé par M. le Professeur Jeanneney en particulier, les fils non résorbables disparaissent pour les sutures profondes. Le plan aponévrotique, selon la vieille coutume habituelle, est suturé en même temps que le plan musculaire. Nous avons, en somme, une première suture péri-

tonéale, une deuxième, très soignée, musculo-aponévrotique (toutes deux sont faites au catgut) et comme précédemment un plan cutané suturé à l'aide de crins ou d'agrafes de Michel. Mais, pour renforcer le tout, la réfection de la paroi est complétée par une prise en masse des plans cutanés et musculo-aponévrotiques, à l'aide de quatre crins doubles liés sur un bourdonnet de gaze. Bien que M. le Professeur A. Chalier prétende n'avoir jamais eu d'ennuis avec les crins non résorbables (nodosités douloureuses ou élimination des points), les partisans de cette nouvelle façon de procéder préfèrent le catgut, qui disparaît. Ils estiment que la réfection pariétale est assez bonne, car le catgut est à peine résorbé lorsque la cicatrice fibreuse est déjà solide. Ils n'ont d'ailleurs jamais eu d'ennuis avec la paroi. Quelques faits analogues à celui que M. le Docteur Jonchères nous rapportait dernièrement tendraient à nous faire croire qu'ils sont dans le vrai. Une femme vint un jour en consultation dans son cabinet : opérée quelque temps auparavant, les sutures profondes avaient été faites à l'aide de crins non résorbables qui bientôt commencèrent à s'éliminer pour former finalement au niveau de la cicatrice une sorte d'arête douloureuse fort désagréable dont la présence avait déterminé des troubles psychiques. Opérée à nouveau, elle fut débarrassée de ces crins malencontreux et elle est parfaitement guérie.

Que l'on pratique la première ou la dernière méthode, il est bon, comme moyen de soutien extérieur de la paroi, de la recouvrir « d'une vaste carapace de sparadrap perforé », qui demeurera jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète, quinze jours environ, jouant ainsi, nuit et jour, le rôle d'une sangle.

Tous les chirurgiens qui mettent en pratique le lever précoce sont d'accord pour dire qu'il est applicable après toutes les interventions aseptiques, si toutes les autres conditions sont remplies. Certains, avec M. le Professeur A. Chalier, estiment qu'il peut, cependant, être utilisé sans craintes après quelques interventions septiques. A ce sujet il a écrit dans l'un de ses articles : « L'expérience m'a prouvé qu'avec

une bonne réfection de la paroi l'existence d'un drainage large ou restreint, voire l'utilisation d'un Mikulicz, ne s'oppose pas au lever précoce et n'a pas d'inconvénients. » Confirmant cette opinion, M. le Professeur Ducuing a dernièrement déclaré à la Société de Chirurgie de Toulouse, qu'il a pu faire lever, dès le lendemain de l'opération, des malades porteuses d'un Mikulicz sans avoir jamais eu d'accidents à déplorer. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer des faits de cette nature, mais pas cependant chez des malades porteurs d'un drainage aussi important.

Le lever précoce semble donc réalisable, même après des interventions septiques. La surveillance exercée sur le malade devra être, dans ce cas, beaucoup plus sévère, afin de pouvoir mettre fin immédiatement à l'épreuve si la moindre complication apparaît.

C. — *Conditions post-opératoires.*

L'intervention est terminée, le malade a regagné son lit, tout a été prévu pour le lever précoce. A quel moment faudra-t-il le décider? Afin qu'il ne soit pas néfaste au malade, nous suivrons l'avis de M. le Professeur Lambret, de Lille. Il est partisan (lettre personnelle) du lever précoce, mais à cette condition qu'on le pratique lorsque le patient est rétabli du traumatisme opératoire. C'est cette même opinion qui fut émise par M. le Professeur Jeanneney dans sa dernière communication sur la question, à la Société Nationale de Chirurgie : « *Par précocement, j'entends dès que les réactions postopératoires se sont apaisées.* » Le temps nécessaire à la disparition de ces phénomènes est variable avec les individus; aussi nous considérons que ce principe domine toute la question. Il indique nettement que la méthode ne doit pas être systématiquement appliquée à tous. « *Le chirurgien devra s'en rapporter à son bon sens clinique pour décider le premier lever.* »

La température doit être basse, le pouls doit battre à son

rythme normal. C'est ainsi que « telle hystérectomie totale, dont le pouls, le lendemain de l'opération, était à 130 et la température à 38°3, n'a été levée que le septième jour; telle autre, hystérectomie totale également, a été levée le quatrième jour, parce que ses suites opératoires avaient été beaucoup plus simples. »

Les petits troubles, malaises, nausées, vomissements, devront avoir à peu près disparu. Localement, les douleurs, toujours pénibles, qui suivent une laparotomie devront être en partie apaisées. Il ne devra pas y avoir de signes *d'infection péritonéale*, ce qui motiverait au contraire un séjour au lit prolongé.

En définitive, nous ne pourrons guère envisager le lever avant le deuxième jour dans les interventions hautes, avant le troisième dans les interventions pelviennes, lorsque les suites sont idéalement simples.

On peut, parfois, se risquer à faire lever précocement des malades dont les réactions postopératoires n'ont pas, en totalité, disparu. Il n'y a pas beaucoup de danger si, dans l'ensemble, l'état général est bon. Tel malade, par exemple, un peu fébricitant pourra être soumis à l'épreuve s'il a un pouls bien frappé et normal dans son rythme, si son facies est bon et s'il ne présente pas des signes d'infection péritonéale. Très souvent, dans ce cas, ainsi que nous le fait remarquer M. le Docteur Brisset, la température ne tarde pas à baisser et *le malade bénéficie très tôt* des avantages de la méthode.

En résumé, le lever précoce est réalisable chaque fois que les suites opératoires sont bonnes, dès que le malade est remis du choc dû à l'intervention. *Ces conditions ne se rencontraient pas autrefois*, car les chirurgiens n'opéraient que sur des individus déjà très affaiblis; aussi les résultats étaient assez peu brillants si on les compare à ceux qui sont obtenus aujourd'hui. L'opération était profondément redoutée dans le public. Par suite, les malades s'y résignaient seulement lors-

que toutes les autres ressources de la médecine étaient épuisées. Ils jouaient une dernière chance!

Les temps sont bien changés!

Grâce aux progrès de la chirurgie moderne, surtout au cours de ces vingt dernières années (asepsie meilleure, techniques plus précises), les suites opératoires sont devenues, peu à peu, moins graves. Nous ne voyons plus, de nos jours, ces suppurations qui se prolongent désespérément, nous ne voyons plus, surtout, sauf dans quelques rares cas, des états postopératoires si graves que le pronostic vital reste indécis pendant de longues journées. Le pourcentage de la mortalité a été considérablement abaissé! Devant cette évolution vers la bénignité, l'état d'esprit du public a subi peu à peu des transformations fort heureuses. *L'opération est, actuellement, moins redoutée qu'autrefois:*

Les conférences de vulgarisation, la lecture de quelques articles se rapportant à un sujet de médecine, certaines campagnes d'affiches bien menées, ont eu certainement une influence salutaire, en démontrant au public l'intérêt de l'intervention précoce. Le malade moderne sait que telle lésion traitée au début est parfaitement curable, aussi exige-t-il du médecin un diagnostic précoce. Celui-ci peut être porté beaucoup plus facilement qu'autrefois grâce aux progrès réalisés par les moyens d'investigation, radioscopie et radiographie, grâce aussi au perfectionnement des examens de laboratoire. *Le malade se résigne donc plus tôt qu'autrefois à subir l'intervention.*

En définitive, grâce à l'évolution de l'esprit du public, le chirurgien moderne peut, en utilisant des méthodes plus précises qu'autrefois, intervenir sur des sujets relativement bien portants et nous sommes arrivés au stade actuel de guérison rapide dans les cas de pratique courante.

Il n'est pas étonnant que, dans ces conditions, certains aient songé à reprendre, en la perfectionnant encore, cette méthode qu'un hardi précurseur appliquait à une époque déjà lointaine.

CHAPITRE III

TECHNIQUE — OBSERVATIONS — AVANTAGES

1° Technique proprement dite du lever précoce

Quel qu'il soit, primitif ou tardif, le lever précoce ne doit jamais être brutal, la « réadaptation » à la vie normale doit être, avant tout, progressive.

Après certaines opérations, gastriques par exemple, le malade peut parfois être levé le jour même ou, au plus tard le lendemain de l'intervention. S'il n'en est pas ainsi, on doit recommander au patient d'effectuer, dès que possible, un certain nombre de mouvements dont le but essentiel apparaîtra au chapitre suivant. On l'autorise à se mouvoir, à se déplacer à sa guise, afin qu'il réalise « la promenade au lit » de Henle. A ce propos, M. le Professeur Forgue conseille la flexion et l'extension méthodique des jambes et des bras, le passage, dès que possible, de la position couchée à la position assise dans le lit. Il conseille, en outre, de respirer largement en inspirant par le nez et en expirant par la bouche. Cette manœuvre permettra d'aérer à fond les bases pulmonaires et de lutter ainsi, d'une façon efficace, contre l'hypostase de ces organes. Afin que la mobilisation soit effectuée avec le maximum de douceur, le malade réalisera à peu près seul ces manœuvres. On peut être assuré ainsi qu'il n'agira pas avec brutalité, car des contractions musculaires trop vives réveilleraient au niveau de la plaie opératoire des douleurs si violentes que sa trop grande ardeur serait vite calmée.

Passons maintenant au lever lui-même et voyons comment il s'effectue. Déjà, en 1914, M. le Professeur Lopez en avait donné les règles générales. Il l'appliquait surtout aux opérés

de grande gynécologie. La malade, disait-il, doit se lever quarante-huit heures après l'opération, faire quelques pas avec l'aide d'une infirmière (elle les accomplit en général sans difficulté), puis demeurer assise sur une chaise pendant trois ou quatre heures environ. Le troisième jour elle doit faire une petite promenade. Il ajoute que le quatrième, certaines de ces opérées ont été capables de descendre « sur leurs pieds » de leur chambre dans la salle d'opération où, dit-il, « les étudiants ont pu se convaincre des bienfaits du traitement employé ».

Si nous rappelons ce schéma, c'est parce que nous le trouvons un peu trop systématique, justement pour bien faire ressortir qu'il ne doit pas l'être. Si le chirurgien a le devoir de conseiller le lever précoce chaque fois qu'il est réalisable, nous ne pensons pas qu'il ait le droit de le réglementer à ce point. Il doit, certes, stimuler le malade, mais nous pensons que c'est à celui-ci à fixer lui-même son temps de séjour « hors du lit », un quart d'heure, une heure ou davantage : il en est seul juge !

Voici, détaillée, la méthode préconisée par M. le Professeur A. Chalier.

Il faut, tout d'abord, faire asseoir le malade dans son lit, jambes allongées. Il restera ainsi pendant tout le temps nécessaire pour que disparaissent tout à fait les légers troubles provoqués par le nouveau régime circulatoire qui s'installe lorsque, de la position en décubitus dorsal, le malade passe dans la position assise. Ces troubles disparaissent très vite, surtout si le sujet, suivant les conseils qui lui ont été donnés, s'est déjà assis plusieurs fois dans son lit avant l'épreuve. Lorsque l'adaptation est complète on passe à la deuxième manœuvre. Toujours aidé par un infirmier, le malade se laisse glisser en dehors de son lit. Il effectue les quelques pas nécessaires pour gagner le fauteuil situé tout à côté et il s'assied ainsi, jambes pendantes. La durée de ce second stade est variable avec la fatigabilité de chacun. Normalement, elle est plus longue chez le sujet robuste que chez le sujet faible;

chez le jeune que chez le vieillard. Lorsque le malade se sent fatigué, on l'aide à se recoucher.

Tel est le premier lever. Il ne comprend pour ainsi dire pas de marche mais seulement le passage du lit dans le fauteuil, le séjour dans la position assise étant réglé par le malade lui-même, selon sa propre résistance.

Le deuxième jour, la même manœuvre est recommencée : le sujet essaye de marcher un peu, il s'efforce de rester hors du lit plus longtemps que le premier. Les jeunes y parviennent en général très facilement. Le troisième jour on essaye de faire mieux encore, et ainsi de suite, progressivement, sans jamais exercer de violences.

Certains auteurs estiment que les enfants doivent être, en moyenne, levés plus tard que les grandes personnes. Cela à cause de leur turbulence (ils ne possèdent pas le réflexe d'immobilité). Pendant leur séjour hors du lit ils devront être, d'ailleurs, beaucoup plus surveillés, car un mouvement intempestif de leur part, en faisant craquer la suture, pourrait avoir des conséquences fâcheuses.

2° Observations.

Nous intéressant depuis pas mal de temps à la question du lever précoce, nous avons déjà réuni un certain nombre d'observations. En voici quelques-unes. C'est à dessein que nous n'en rapportons aucune relative aux interventions gastriques, car ce sont les plus courantes et de ce fait elles offrent peu d'intérêt.

Observation I.

Mlle R..., institutrice, 34 ans, opérée à Saintes par M. le docteur Jonchères pour appendicite subaiguë.

Anesthésie au Balsoforme.

Incision de Mac Burney. Appendicectomie.

Suture en quatre plans.

Suites excellentes et guérison considérée comme complète le onzième jour.

Les quatre observations qui suivent sont dues à M. le Professeur Jeanneney.

Observation II.

Mlle T..., 21 ans, opérée le 25 avril 1933 pour appendicite aiguë.

Incision de Mac Burney. Appendicectomie.

Suture en trois plans.

Suites opératoires idéales. La malade quitte la clinique, en excellentes conditions, onze jours après l'opération.

Observation III.

Mme T..., 30 ans, opérée le 23 juin 1933 pour appendicite aiguë.

Même technique que pour la précédente intervention.

Dans les trois premiers jours qui suivent l'intervention on observe une élévation de la température : 39 degrés, et une accélération du pouls (Mx : 104). Le quatrième jour, tout rentre dans l'ordre.

Lever cinquième jour. La malade sort guérie de la clinique douze jours après l'opération.

Observation IV.

Mme D..., 41 ans, a subi, le 21 juin 1933, une hystérectomie subtotale pour fibrome.

Suture de la paroi en trois plans.

Dans les quatre premiers jours qui suivent l'intervention, elle est un peu fébricitante (37°7 le soir). Le lendemain et le quatrième jour après l'opération le pouls atteint 102 pulsations à la minute (cf. courbe).

Lever le cinquième jour et départ en excellent état le quinzième.

Observation V.

Mme F..., 46 ans, opérée pour fibrome sphacélé.

Hystérectomie subtotale.

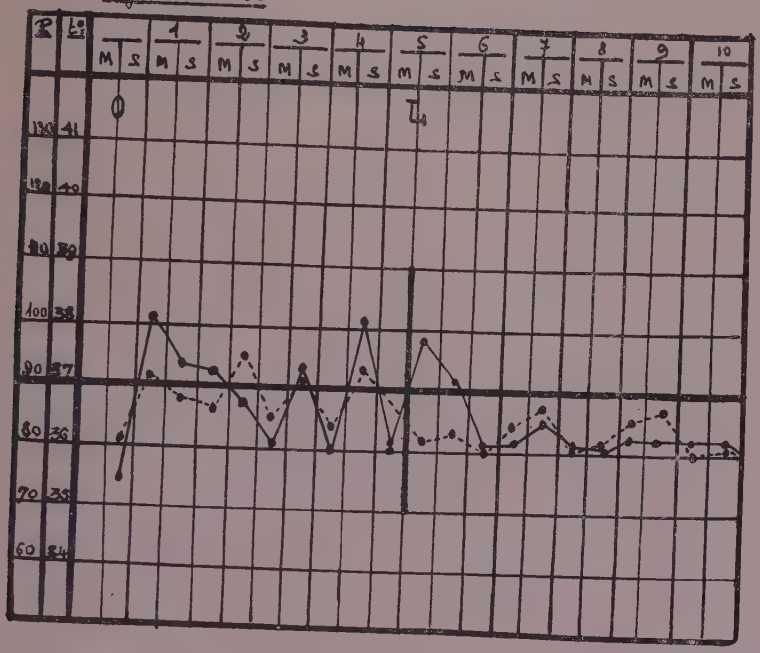
Pendant deux jours le pouls et la température restent élevés (cf. courbe). Lever le cinquième jour, et le quatorzième la malade quitte la clinique.

OBS. IV. Mlle D.

Diagnostic : Fibrome.

Tr : Hystérectomie.

Fièvre : 5e jour.

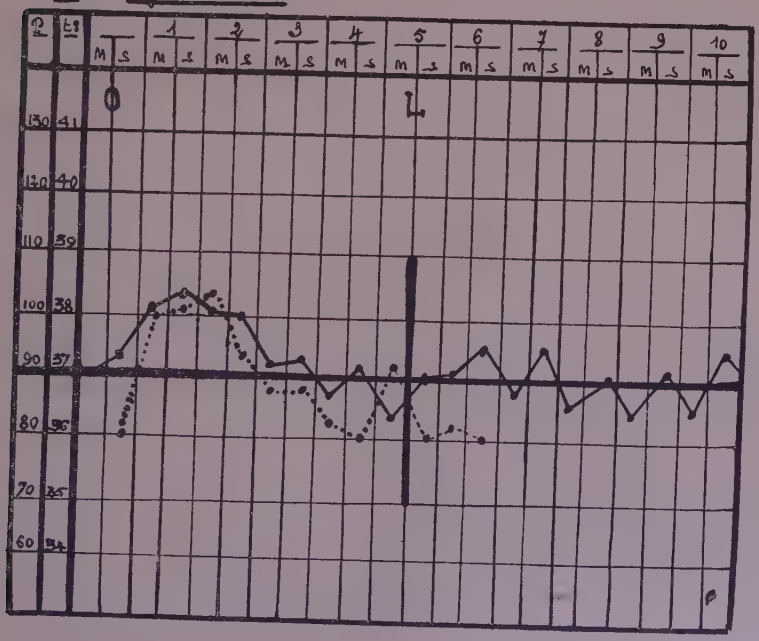


OBS. V. Mme F.

Diagnostic : Fibrome suppuré.

Tr : Hystérectomie.

Fièvre : 5e jour.



Observation VI.

Mme L..., sans profession, 30 ans. Opérée le 17 novembre par M. le docteur Jonchères pour un fibrome utérin, volumineux et multilobé. Certains de ces lobes sont le siège de nécrose.

Hystérectomie subtotale et appendicectomie.

Drains pendant trois jours.

Lever le cinquième jour. Suites excellentes (cf. courbes).

Guérison le seizième.

Observation VII.

Mme B..., cultivatrice, 40 ans, opérée par M. le docteur Jonchères, le 6 novembre 1933, pour utérus fibromateux en rétroflexion avec salpingite.

Anesthésie au Balsoforme. Hytérectomie subtotale et appendicectomie.

Suture en trois plans, drain quarante-huit heures.

Lever au quatrième jour, la malade est considérée comme guérie le dixième jour.

Observation VIII.

M. C..., 44 ans, opérée le 23 mai 1933 par M. le Professeur Jeanneney pour fibrome utérin.

Anesthésie à l'éther. Extirpation d'un gros fibrome interstitiel pesant 2 kg. 500.

Suture en trois plans.

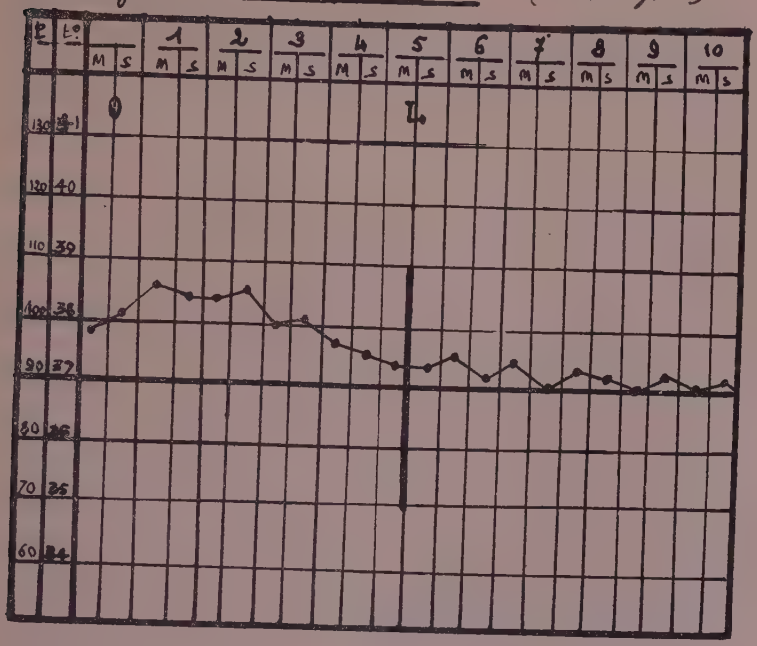
Lever le quatrième jour après l'intervention.

Suites idéales, la malade quitte la clinique quatorze jours après l'intervention.

OBS. VI – Mme L., 30 ans, Fever : 5e jour.

Diagnostic : Fibrome utérin. —

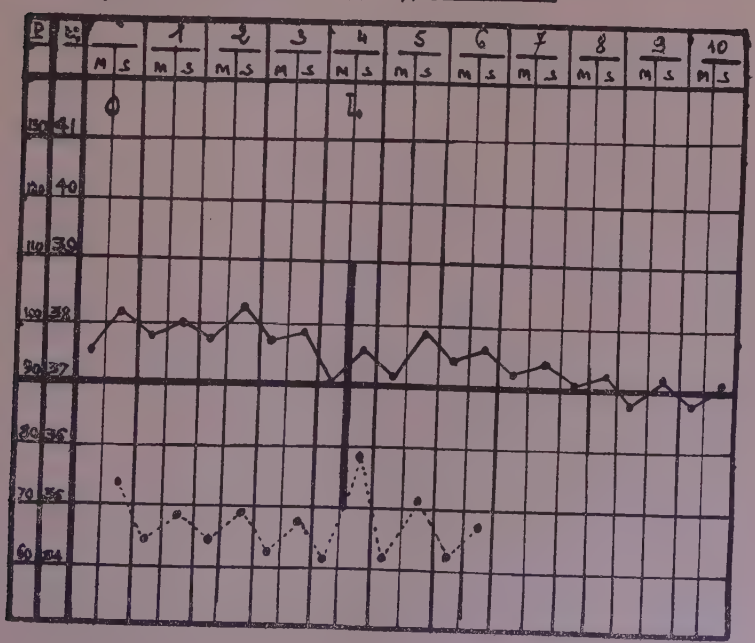
Tr: Hysterectomie et appendicectomie – (drain 3 jours)



OBS VII Mme B. Fever : 4e jour.

Diagnostic : Utérus fibromateux en retroflexion et salpingite.

Tr: Hysterectomie subtotale et appendicectomie.



Observation IX.

Mme D..., sans profession, 25 ans.

Opérée le 18 décembre 1933 pour kyste de l'ovaire et appendicite, par M. le docteur Jonchères.

Salpingectomie et ovariotomie gauche. Appendicectomie.

Suture de la paroi en trois plans.

Lever au troisième jour. Suites excellentes (cf. courbe de température).

La malade quitte l'hôpital de Saintes le treizième jour après l'intervention.

Observation X.

Mme C..., cultivatrice, 45 ans.

Opérée le 29 novembre 1933, par M. le docteur Jonchères, pour péri-métro-salpingite.

Hystérectomie subtotale.

Drain abdominal pendant quarante-huit heures.

Lever au quatrième jour. Aucun incident.

La malade quitte la clinique seize jours après l'intervention.

Observation XI.

Mme C..., 55 ans. Opérée le 25 mai 1933 par M. le Professeur Jeanneney pour volumineux kyste de l'ovaire (16 kilogrammes).

Lever au quatrième jour. Suites excellentes (cf. courbe de température).

Le départ de la clinique a lieu le quatorzième jour.

Observation XII.

Mme D..., cultivatrice, 27 ans. Opérée le 11 décembre 1933 par M. le docteur Jonchères pour rétroflexion utérine douloureuse.

Hystéropexie (Dartigues).

Suture en trois plans.

Lever au troisième jour. Suites excellentes.

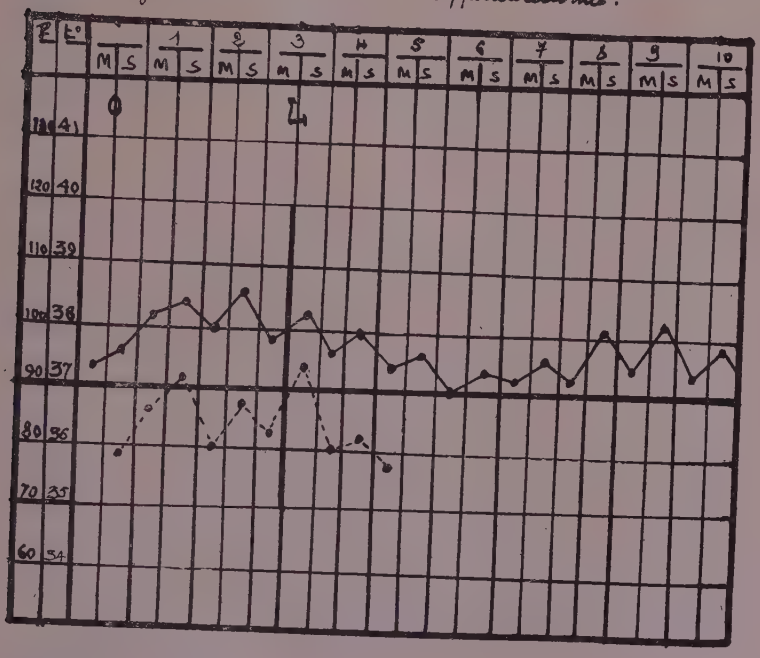
La malade quitte la clinique le douzième jour après l'intervention.

OBS. IX. Mme D

Fièvre : 2e jour.

Diagnostic : Kyste ovaire et appendicite.

Tr : Salpingectomie et ovariotomie - Appendicectomie.

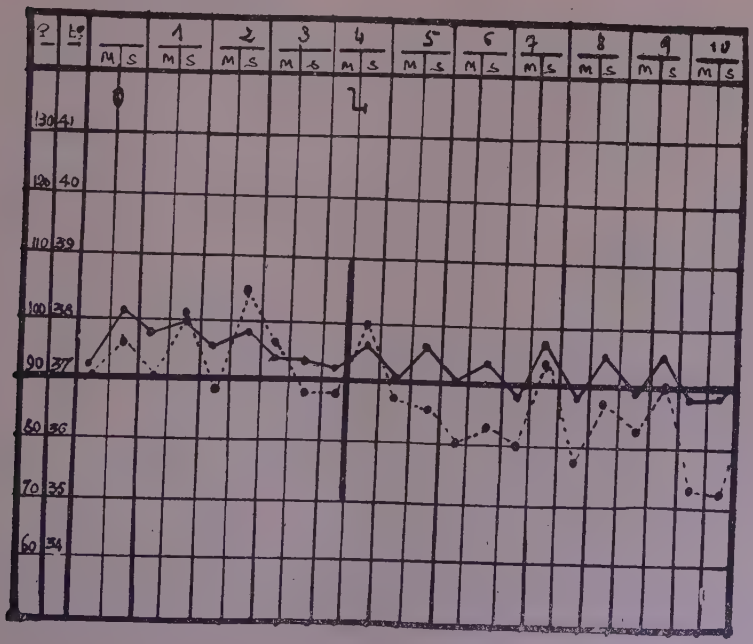


OBS XI Mme C.

Fièvre : 4e jour.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire (16 kg.)

Tr : Ovariotomie.



Observation XIII.

Mlle P..., ménagère, 42 ans. Opérée le 6 décembre 1933, pour cholécystite calculeuse (Docteur Jonchères).

Anesthésie au Balsoforme. Incision parallèle au rebord costal. Suture de la paroi par un surjet péritonéal, une série de points séparés sur la gaine postérieure du grand droit et sur la gaine antérieure. Suture cutanée aux crins.

Drain et mèche sous-hépatique.

Lever au cinquième jour. Suites idéales.

Départ de la clinique le quinzième jour après l'opération.

Observation XIV.

Mme C..., ménagère, 67 ans. Opérée le 24 juillet 1933 (docteur Jonchères).

Diagnostic : Hernie ombilicale étranglée chez une femme obèse.

Traitement : Anesthésie au chloroforme, sérum antipneumococcique et antistreptococcique de Vincent. Cure radicale, blessure d'une anse grêle au cours de la dissection du sac très adhérent : suture.

La suture de la paroi est effectuée à l'aide d'un surjet péritonéal au catgut, puis suture musculo-aponévrotique par points séparés aux crins perdus, agrafes sur la peau, cinq points totaux aux crins.

Lever au cinquième jour. Suites excellentes.

Départ de la clinique dix jours après l'intervention.

Cette femme, âgée, atteinte d'emphysème et de bronchite chronique, semble avoir bénéficié grandement de la sérothérapie et du lever précoce. Les suites ont été d'une simplicité extraordinaire.

On doit signaler qu'en octobre un des crins perdus a dû être enlevé pour tarir une fistulette dont il était la cause... Les autres crins ont été bien supportés jusqu'à maintenant et la paroi est solide.

Observation XV.

Mme J..., 62 ans. Opérée le 17 juillet 1933 (M. le Professeur Jeanneney) pour prolapsus rectal.

Périnéorraphie postérieure par quatre points de catgut, puis cerclage au fil de bronze.

Lever le sixième jour.

La malade quitte la clinique quatorze jours après l'opération.

Revue six mois plus tard, on a pu constater le bon état de la région opérée.

Nous pourrions certainement ajouter encore à cette liste de nombreuses observations, mais nous pensons que celles-ci suffisent pour démontrer que le lever précoce est possible, même après les interventions gynécologiques. Il ne faut donc plus s'étonner devant le nombre impressionnant de cas (plusieurs milliers) fournis par les statistiques sus-indiquées.

Nous ferons remarquer, en terminant ce paragraphe, que, si nous avons déjà eu l'occasion de voir des malades opérés de l'estomac capables de se lever le lendemain de l'intervention, nous n'avons jamais observé pareille chose après une opération pelvienne. Le temps minimum de « récupération » pour les malades venant de subir une hystérectomie, par exemple, a été en moyenne de deux jours.

3° Les avantages de la méthode.

Les suites opératoires chez les opérés levés tôt sont nettement meilleures que chez ceux qui sont levés tard : les auteurs y ont déjà insisté. Entrons dans le détail.

On remarque, tout d'abord, une plus grande facilité dans la réalisation du premier lever. Lorsqu'un opéré reste pendant quinze à vingt jours en permanence dans son lit, le premier essai de stationnement dans la position verticale est presque toujours accompagné d'un état lipothymique. Beaucoup de sujets présentent à ce moment des vomissements, des malaises, des céphalées, des douleurs aux extrémités les obligeant à regagner très vite leur lit pour ne recommencer à

se lever que le lendemain. Dans le lever précoce, au contraire, ces phénomènes sont tellement atténués qu'ils passent généralement inaperçus. En aucun cas, ils ne sont la cause d'un retour au lit immédiat.

L'état général se relève beaucoup plus vite qu'avec la méthode classique. L'organisme ne subit pas, en effet, cette sorte de déchéance organique qui commence à se manifester au bout de peu de jours passés en permanence dans le lit par suite de l'inaction, de l'inappétence et de l'alimentation insuffisante à laquelle sont souvent assujettis tous les opérés de l'abdomen. Grâce au lever précoce, ce pouvoir néfaste du lit se manifeste au minimum, car toutes les grandes fonctions de l'organisme, au lieu de rester longtemps troublées, redeviennent vite normales. L'appétit réapparaît de bonne heure; aussi, lorsque les circonstances le permettent, on peut, parfois dès le troisième jour, donner une alimentation solide. Grâce aux nombreuses excitations produites par le mouvement, l'intestin se réveille très tôt, si bien que chez les malades levés de bonne heure, le jour de l'opération, ou le lendemain au plus tard, on a pu constater que la crise des gaz si pénible à supporter fait presque défaut. On la voit encore cependant chez les malades qui ne sont pas levés avant le quatrième jour. Les évacuations stercorales spontanées apparaissent très vite et se régularisent. La stercorémie due à la stase et aux fermentations qui relèvent de la paralysie intestinale ne se produit pas. En même temps que l'intestin, la vessie retrouve, elle aussi, sa tonicité et évacue normalement son contenu sans qu'il soit besoin de sondage. Elle est peut-être aidé dans son fonctionnement par la pression intestinale constante qui s'exerce sur elle lorsque le malade se trouve debout ou assis. La fonction de motricité n'est nullement troublée, car le temps de séjour au lit est si faible que les articulations n'ont pas le temps de s'enkyloser. De leur côté, les muscles n'ont pas le temps de s'atrophier. Ceci a une grosse importance, surtout chez les vieillards.

Grâce à ce rétablissement rapide des fonctions physiolo-

giques essentielles, grâce à l'entraînement précoce et progressif de tous les muscles de l'organisme, les malades se rétablissent avec grande rapidité. Très vite ils sont capables de marcher, de faire des promenades, d'aller prendre leurs repas à table. Certains, au bout de peu de temps, sont capables d'effectuer ds exercices pourtant pénibles tels que celui qui consiste à monter et à descendre plusieurs fois de suite un escalier... On cite assez souvent le cas de cette malade que M. le Professeur A. Chalier présenta à ses collègues de la Société de chirurgie de Lyon, huit jours après une hystérectomie pour fibrome. Elle avait pu se rendre, sur ses jambes, à la salle des séances. C'est à son sujet que l'éminent chirurgien Lyonnais a pu écrire : « Ne criez pas à l'exception; la plupart de mes hystérectomisées pourraient en faire autant. Ne criez pas davantage à l'imprudence et ne craignez rien pour la paroi — non soudée, cela se conçoit, avant douze ou quinze jours — si vous l'avez reconstituée soigneusement. »

Le risque d'éventration constitue l'une des premières critiques (encore d'actualité, d'ailleurs) formulée contre le lever précoce. Voyons si elle est fondée. En médecine vétérinaire, lorsqu'on pratique, sur un chien par exemple, une laparotomie abdominale, il se soumet très vite au traitement « ambulatoire » (qualificatif qui peut être appliqué au lever précoce). Quelques vétérinaires interrogés nous ont affirmé que si la réfection de la paroi a été soigneusement effectuée, on n'observe jamais d'éventration. Pourquoi en serait-il autrement chez l'homme qui réunit les conditions requises? Nous avons eu l'occasion d'examiner un certain nombre d'opérés levés précocement; même lorsque les sutures avaient été effectuées au catgut pour les plans musculaires et aponévrotiques, nous n'avons jamais observé d'éventrations. Par ailleurs, au cours de notre enquête, nous avons acquis la certitude que cette complication est rarissime. Tous les partisans de la méthode sont d'accord avec M. le Professeur Grégoire qui nous écrit : « Je n'ai jamais eu d'ennuis avec la cicatrice. »

Il semble, au contraire, que la cicatrisation soit plus rapide. L'état général meilleur a peut-être une influence salutaire. Les contractions musculaires qui se produisent jouent, peut-être aussi, un rôle important dans « l'activation » du processus cicatriciel, car en activant le débit de la circulation sanguine, elles provoquent un apport beaucoup plus considérable, des éléments nécessaires à la « soudure » de la plaie. Grâce au traitement ambulatoire certaines fractures guérissent plus vite. Pourquoi le processus qui se manifeste pour le tissu osseux ne se manifesterait-il pas pour le tissu mus-dérable des éléments nécessaires à la « soudure » de la plaie.

Du côté des complications on note la diminution des accidents de décubitus qu'on rencontrait si souvent autrefois : les eschares fessières, qui ont à peu près disparu, et les complications pulmonaires, les broncho-pneumonies par exemple, qui sont d'un pronostic si grave pour les vieillards. Celles-ci n'ont d'ailleurs pas complètement disparu. Tous les chirurgiens qui appliquent la méthode en ont certainement rencontré et *en particulier après les interventions sur l'estomac*, mais nous pouvons affirmer que lorsqu'elles se manifestent, elles sont moins graves qu'elles l'étaient autrefois. Elles n'empêchent pas, d'ailleurs, de continuer le lever.

En définitive, grâce à l'évolution beaucoup plus rapide qu'autrefois de l'état général et de l'état local, les opérés guérissent beaucoup plus vite. Ils quittent en général la clinique à une époque où les méthodes anciennes leur permettaient tout juste de sortir du lit. Grâce à l'entraînement progressif qu'ils ont subi, ils sont capables de reprendre beaucoup plus tôt leur vie normale. *Il y a donc un gain de temps manifeste*. M. le Professeur Lopez estime qu'il atteint 40 pour 100. *C'est à notre avis l'avantage capital de la méthode.*

Nous avons déjà vu que bon nombre de chirurgiens ne voulaient pas l'appliquer à cause « du respect traditionnel de la douleur ». Au premier abord, cette critique semble parfaitement justifiée, mais un examen, même très superfi-

ciel, de l'état psychique des opérés soumis au lever précoce. suffit pour démontrer qu'elle ne l'est pas. Grâce à l'observation de pas mal de malades, nous pouvons affirmer que c'est sans aucune contrainte, souvent avec enthousiasme, que les opérés réunissant les conditions sus-indiquées acceptent l'épreuve si elle leur est imposée. Le malade voit ainsi que le danger est écarté. Dès qu'il est assis dans son fauteuil, il éprouve une sensation de bien-être : « il sent le retour à la vie ». Son aspect et ses paroles dénotent la gaieté pour cette « résurrection » réalisée en si peu de temps. Cette euphorie de bon aloi est une preuve que les souffrances imposées au malade ne sont pas si atroces que certains le prétendent! L'état psychique est excellent; il s'accorde parfaitement avec l'état physique.

Si on ne trouve guère de difficulté du côté des malades on en rencontre pas mal du côté du personnel infirmier, surtout chez les plus âgés. Habitués aux routines que leur imposent les doctrines classiques, ils sont choqués et parfois effrayés devant cette méthode « révolutionnaire » à leurs yeux. Le chirurgien devra donc nécessairement compléter leur éducation. Devant un infirmier qui ne connaît pas la méthode, qui lui est hostile parfois, il devra assister aux premiers levers du malade, afin de lui démontrer qu'elle n'est pas mauvaise. Nous insistons sur ce fait, parce que l'infirmier doit jouer un rôle important dans le succès du « lever précoce », puisqu'il est toujours près du malade.

Nous terminerons ce chapitre en faisant remarquer que grâce au développement « du lever précoce », les résultats d'ensemble de la chirurgie abdominale deviendront meilleurs, et nous dirons avec M. le Professeur A. Chalier qu'il améliore notablement le pronostic opératoire, donnant ainsi au chirurgien une plus grande confiance dans son art. « On arrivera certainement, de ce fait, à oser et à réussir des interventions que, sans lui, on aurait jugées impossibles, et ainsi le lever précoce élargira notablement le cadre des indications opératoires. »

CHAPITRE IV

LEVER PRECOCE ET ACCIDENTS VEINEUX POST-OPERATOIRES

Quelques partisans du lever précoce, avec M. le Professeur A. Chalier, avec M. le docteur Folliasson, estiment que, à côté des avantages précédemment décrits, cette méthode en possède un autre d'une très grande valeur. Ils pensent qu'elle est, de plus, le meilleur des moyens à mettre en œuvre pour éviter les accidents vasculaires postopératoires : phlébites et embolies. Cette question étant très importante, nous lui avons réservé notre dernier chapitre.

En regardant les statistiques, nous sommes obligé de reconnaître que les accidents veineux postopératoires ont augmenté dans de notables proportions avec la pratique de plus en plus grande des interventions abdomino-pelviennes. MM. les docteurs Delater et Hügel indiquent un pourcentage de 1 pour les phlébites en 1914 et de 7 depuis 1925 pour les mêmes accidents. La zone dangereuse se trouve donc comprise entre le diaphragme et le périnée. Dans cette région, ce sont les opérations pelviennes qui sont les plus redoutables; celles qui portent sur l'étage supérieur semblent prédisposer, au contraire, aux complications pulmonaires.

Si nous voulions établir une classification des opérations les plus dangereuses quant aux risques de complications vasculaires, nous placerions en première ligne les hystérectomies pour fibrome ou cancer, puis les interventions portant sur l'ovaire, pour kyste en particulier, enfin les prostatectomies. Ce sont, en somme, les interventions « qui touchent aux

grands plexus veineux du bassin, à l'âge où ces veines ont subi une dilatation et où le courant s'y ralentit » (Forgue).

C'est probablement à cause de cette constatation que les partisans du lever précoce se sont, dès l'origine, divisés en deux camps : ceux qui n'appliquent la méthode qu'après les interventions extra-pelviennes — par suite du risque moindre d'accidents veineux postopératoires — et ceux qui, au contraire, en sont partisans après toutes les interventions abdominales sans distinction.

Afin de lutter avec quelques chances de succès contre les complications postopératoires d'origine veineuse, il serait intéressant de connaître les raisons pour lesquelles nous les voyons se produire, pourquoi, surtout, elles se manifestent de préférence après les interventions pelviennes.

D'après MM. les docteurs Delater et Hügel on trouve toujours, à l'origine d'une phlegmatia alba dolens ou d'une embolie postopératoire, la présence d'une inflammation plus ou moins considérable des veines pelviennes. Ce sont parfois de simples microphlébites dont le point de départ résiderait dans une infection exogène ou endogène. Les premières seraient dues à l'inflammation, presque fatale, des veines qui drainent les cavités naturelles souvent chroniquement infectées : rectum, voies génitales et urinaires surtout. Les deuxièmes seraient dues le plus souvent « à des migrations bactériennes qui, prenant leur point de départ dans un intestin malade, se sont faites, par la métastase sanguine, jusqu'à l'émonctoire rénal et se sont poursuivies par la souillure urétro-vaginale ». Les germes en cause étant retrouvés dans l'urine et très souvent dans les pertes blanches ou même dans le mucus qui apparaît à l'orifice du col quand on explore la cavité vaginale.

Les auteurs, après avoir, pendant plusieurs années, pratiqué de nombreux examens sur des utérus apparaissant cliniquement sains, ont trouvé dans les premières couches sous-épithéliale : « les traces d'une inflammation discrète s'accompagnant parfois de microphlébite latente — considérée

comme banale par les histologistes. Partie de là, cette lésion veineuse peut plonger au loin des plages d'infiltration leucocytaire, entre les faisceaux du muscle utérin et jusque dans le périmètre. »

De cette constatation est née l'hypothèse séduisante des lésions pouvant gagner, grâce « à un mécanisme rampant », la veine utérine, l'hypogastrique et atteindre le tronc ilio-fémoral pour provoquer une phlegmatia alba dolens ou une embolie. Cette hypothèse a été en partie confirmée par MM. les docteurs Schwartz, Devraigne et Le Lorier. L'examen de pièces opératoires provenant, par exemple, de l'exérèse d'un fibrome, leur a montré (surtout lorsqu'une phlébite clinique est venue ultérieurement compliquer l'intervention), des lésions de métrite parenchymateuse souvent insoupçonnées. Puis sur les veines des pédicules émanant de ces territoires infectés, ils ont relevé des lésions de phlébite latente.

En même temps que ces altérations veineuses qui sont, évidemment, maxima à l'âge des interventions pelviennes, après 40 ans, on constate, en général, des altérations du sang. Il est plus visqueux, il se coagule plus vite et avec plus de facilité.

Ces deux facteurs préopératoires : infection veineuse latente et altération du sang, constituent, à n'en pas douter, deux causes prédisposantes, de tout premier ordre, des accidents vasculaires postopératoires.

Les causes favorisantes relèvent de l'intervention chirurgicale. Elles sont d'ordre opératoire : « attrition de la paroi des veines pelviennes », nous y avons déjà insisté (cf. chapitre II : conditions d'ordre opératoire). Elles sont surtout d'ordre postopératoire. Ici nous trouvons comme facteur principal *la stase qui accompagne* obligatoirement *l'immobilité dans le décubitus dorsal*. Dans un récent travail sur la pathogénie des embolies postopératoires, M. le Professeur Forgue a pu écrire : « La stase : voilà l'ennemi, plus simplement, voilà la condition favorisante... Voilà le facteur principal dont la mémoire de Lister vient encore de confirmer l'importance,

et sur lequel nous avons quelques prises et par la réduction duquel nous enregistrons, semble-t-il, quelques résultats. » Ces phrases prudentes peuvent, sans aucun doute, s'appliquer aussi pour la pathogénie des phlébites postopératoires.

Nous avons donc réunies : l'infection latente avec souvent altération des parois veineuses, la stagnation du sang et sa plus grande faculté de coagulation. Un caillot doit fatalement se former. Théoriquement, il doit se développer suivant les trajets susindiqués, arrivant ainsi jusqu'à la bifurcation des veines hypogastriques et iliaques. A ce moment le caillot « flotte au carrefour ». Il se détache et c'est l'embolie, fatale ou non selon le volume libéré; ou bien, il oblitère le canal et c'est le début d'une phlegmatia alba dolens, toujours par le « mécanisme rampant » de l'infection (ici descendante). L'absence, chez l'enfant, d'accidents veineux postopératoires, lorsqu'on intervient sur l'abdomen, peut certes s'expliquer par le fait qu'on ne pratique pas sur lui les interventions qui généralement les déterminent, mais ils peuvent s'expliquer aussi par l'absence de cette stase pelvienne qui, nous l'avons vu, en est la cause essentielle. Grâce à sa turbulence naturelle, il remue, empêchant ainsi la stagnation du sang au niveau des gros troncs veineux du pelvis.

Après cet exposé nous voyons que, théoriquement du moins, pour éviter les phlébites et les embolies postopératoires, nous devons lutter, avant l'intervention, contre les causes prédisposantes : infection des veines et altération sanguine. Puis contre la grande cause déterminante : la stase.

Voyons tout d'abord la première partie de cette prophylaxie des accidents postopératoires d'origine veineuse. Cette question semble sortir de notre sujet, mais nous y insisterons un peu cependant pour bien montrer que les partisans du lever précoce ne voient pas dans la seule lutte contre la stase le moyen de faire disparaître phlébites et embolies.

Pour empêcher l'infection préexistante de se développer rapidement après le traumatisme opératoire, il faut, selon

l'expression de MM. les docteurs Delater et Hügel, « neutraliser les pullulations bactériennes avérées ou latentes ». On y parviendra par l'utilisation de stocks-vaccins anti coli, entéro... Pour neutraliser les germes virulents qui se sont développés au niveau d'un intestin où stagnent les matières fécales, il faudra, avant l'opération, soumettre le malade à une diététique appropriée pour que les fermentations disparaissent.

Pour rendre le sang moins coagulable, on pourra employer l'hirudinisation par morsures de sangsues et administrer du citrate de soude. Il faudra cependant agir avec grande prudence, car cette thérapeutique préventive constitue une arme à double tranchant. Si par ce moyen on rend le malade passagèrement hémophile, il risque d'avoir, après l'intervention, des hémorragies graves.

Nous en arrivons, maintenant, à la lutte contre la stase. On peut activer la circulation en agissant directement sur le moteur central. En faisant subir au malade une cure de tonicardiaque : digitaline, par exemple. Mais ce moyen est nettement insuffisant pour ramener à son débit normal la circulation ralentie au niveau des veines malades. Les contractions musculaires ont une action plus importante pour activer cette circulation. En comprimant les veines, elles contribuent à chasser le sang noir vers le cœur.

Le mouvement sera donc le traitement de choix à utiliser contre cette stase néfaste.

Plusieurs méthodes ont été indiquées pour mobiliser les opérés. Voici, en exemple, celle du chirurgien allemand Magrit Inselman que M. le Professeur Ducuing décrit dans son dernier rapport sur le lever précoce à la Société de Chirurgie de Toulouse : « Les malades, souvent le soir de l'opération, le lendemain toujours, doivent reprendre les mouvements et la gymnastique respiratoire appris avant d'être opérés. Ces mouvements sont d'abord passifs. Un infirmier fait jouer successivement les articulations des membres supérieurs et des membres inférieurs. Ce sont ensuite les mouvements

actifs, changements fréquents de position, passage de la station couchée sur le ventre à la station couchée sur le dos, de la station couchée à la station assise. Simultanément, le malade respire profondément. Enfin, matin et soir on pratique de grandes frictions à l'alcool, surtout au niveau des membres inférieurs. » M. le Professeur Forgue, qui n'est pas partisan du lever précoce après les interventions pelviennes, signale cependant les avantages du mouvement et, voulant lutter contre la stase veineuse, il emploie volontiers une méthode de mobilisation qui s'apparente à celle-ci.

C'est, en somme, cette théorie du mouvement qui est appliquée par les partisans du lever précoce. Nous pensons qu'elle réalise un progrès sur les méthodes de mobilisation au lit, car, s'il n'y a pas, dès le premier jour, beaucoup de marche, il n'en demeure pas moins vrai que la position assise, jambes pendantes, possède de très sérieux avantages. Les mouvements respiratoires étant de plus grande amplitude, le vide pleural se trouve augmenté, renforçant ainsi l'aspiration thoracique et cardiaque. Le diaphragme se contracte plus fortement et, faisant pression sur les viscères abdominaux, il agit par leur intermédiaire sur les veines viscérales qui, se trouvant ainsi comprimées, activent la circulation du sang noir. Cette action du diaphragme est fort heureusement complétée par l'action des muscles de la paroi, qui se contractent à l'occasion des efforts produits. Au niveau des membres inférieurs, la pression du pied sur le sol, le tonus plus élevé des muscles de la cuisse et de la jambe, leurs contractions aussi, diminuent la stase, jouant ainsi un rôle important dans la prophylaxie d'une forme de phlébite dont nous n'avons pas parlé jusqu'ici: la phlébite ascendante qui, d'après certains auteurs, Payr en particulier, débute au niveau des veines de la semelle plantaire.

Certains, avec M. le Professeur A. Chalier, estiment que les malades doivent se lever avant le cinquième jour qui suit l'intervention, car ils prétendent que les accidents veineux postopératoires ont leur maximum de fréquence entre le

sixième et le dixième jour. Ils veulent faire lever leurs malades avant que la thrombose ait eu le temps de se former, afin d'éviter la mobilisation d'un caillot néo-formé. Si séduisante que cette théorie paraisse, est-elle bien justifiée? Nous ne le croyons pas, car d'autres auteurs placent le maximum de fréquence des accidents qui nous occupent avant le cinquième jour. Dans son dernier travail sur les embolies postopératoires, M. le Professeur Forgue rapporte que M. le docteur Scheidegger, dont la statistique importante compte 143 embolies sur plus de 20.000 opérations, indique le troisième jour comme date de fréquence maxima.

Dans le premier cas, le lever précoce primitif est moins dangereux que le lever précoce tardif. Dans le deuxième cas, ils le sont autant l'un que l'autre.

Avec MM. les Professeurs Forgue et Ducuing, nous pensons que les méthodes de mobilisation au lit sont excellentes pour éviter la stase. Si donc on s'est efforcé de les mettre en pratique dès le lendemain de l'intervention, nous pensons que le lever précoce ne sera pas nuisible, il complétera l'œuvre déjà commencée par la mobilisation au lit.

Les thromboses postopératoires ont-elles été supprimées par la méthode de la mobilisation, le lever précoce en particulier? La réponse est malheureusement négative. On trouve encore ces accidents déplorables. Dans sa dernière communication sur la question à la Société Nationale de chirurgie, M. le Professeur Jeanneney rapporte le cas d'un homme opéré de prostatectomie par l'un de ses confrères. Le malade fut levé soixante heures après l'opération. Il tomba mort dès qu'il fit ses premiers pas! M. le Professeur Grégoire se refuse à faire lever précocement ses opérés pelviens depuis le jour où l'un de ses collègues, voulant lui montrer les bienfaits et surtout la possibilité de la méthode, fit lever devant lui une femme venant de subir une hystérectomie depuis peu. Elle tomba morte! Ces cas désastreux sont heureusement rarissimes et, par l'étude de quelques statistiques (Chalier, Lopez), nous voyons que le pourcentage de phlébites et embolies est en

nette diminution chez les opérés qui satisfont aux conditions susindiquées.

Cette constatation de succès, seulement partiel, ne nous étonne pas, car si la thérapeutique du mouvement paraît excellente dans le cas d'infection « phlébitique rampante », elle ne pourra que peu de chose contre une autre variété de phlébites : les phlébites métastatiques qui se déclenchent à distance du foyer infecté, sur une veine du membre inférieur par exemple, après une période de septicémie. Nous pensons d'ailleurs qu'elle sera toujours insuffisante pour empêcher les thromboses postopératoires. Ne voit-on pas tous les jours des gens qui marchent et qui font des phlébites? Nous estimons cependant qu'elle doit être employée et nous dirons avec M. le Professeur Forgue : « Rien n'est absolument sûr et rien n'est cependant négligeable. »

Lorsqu'un opéré réunissant toutes les conditions requises est levé précocement, il peut présenter tout d'un coup les signes d'une phlébite ou d'une embolie. Quelle conduite faut-il tenir?

En présence d'un accident tout à fait au début, M. le Professeur A. Chalier estime qu'il faut continuer à lever et à mobiliser le malade, intensifier la marche. Pour appuyer sa thèse, il déclare que, dans sa pratique personnelle, il n'a jamais eu d'accidents graves à déplorer et il cite des exemples qui semblent devoir convaincre. En voici un : « Il s'agit d'une femme de 38 ans, un peu obèse, opérée d'urgence pour une appendicite aiguë avant la vingt-quatrième heure de la crise. L'opération fut simple, avec fermeture complète du ventre. Lever précoce au bout de quarante-huit heures. Tout évoluait normalement du côté du ventre, du côté du pouls et de la température, quand cette femme fut prise brusquement dans la nuit du neuvième jour d'un point de côté violent transfixiant la base du poumon droit. Le lendemain on applique trois sangsues sur le thorax, on fait absorber de la digitale et on continue à faire marcher la malade chaque jour. Le point douloureux disparaît rapidement, mais quelques crachats

hémoptoïques, signature de l'embolie, apparaissent le douzième jour et ne persistent pas au delà de quelques heures. La malade part guérie le quinzième jour, sans avoir présenté, à aucun moment, le moindre signe de phlébite pelvienne ou de phlébite jambière. »

Par contre, M. le Professeur Ducuing, qui estime cependant que la mobilisation (le lever précoce en particulier) est l'un des meilleurs moyens de lutte préventive contre les accidents veineux postopératoires, institue « une immobilisation rigoureuse » lorsqu'ils se manifestent.

Nous n'essayerons pas de rechercher quel est celui des deux qui est dans le vrai, pour le moment nous nous contenterons d'observer!

CONCLUSIONS

I. — Dans l'état actuel de la chirurgie, il nous semble que le lever précoce est possible, même recommandable, après les interventions abdomino-pelviennes, lorsque les conditions sous-indiquées sont réalisées :

a) *Conditions préopératoires :*

Bon état général;
Pas de séjour au lit prolongé avant l'opération;
Une paroi abdominale normale.

b) *Conditions opératoires :*

Toutes les conditions exigées par les techniques modernes;
Surtout une bonne réfection de la paroi.

c) *Conditions postopératoires :*

L'état de choc et les réactions dues à l'intervention disparus.

II. — Lorsqu'il est réalisable, le lever précoce donne des avantages très appréciés :

Meilleur état physique et psychique;
Surtout : guérison plus rapide, moindre séjour à la clinique et meilleur état à la sortie.

III. — Les accidents veineux postopératoires ont-ils disparu avec la thérapeutique de mobilisation, le lever précoce en particulier? Certainement non, mais ils semblent avoir diminué. Quelle conduite faut-il tenir au tout premier début de leur

manifestation? Faut-il intensifier le lever (Chalier) ou instituer immédiatement une immobilisation rigoureuse (Ducuing)? Notre très modeste expérience ne nous permet pas de conclure.

En définitive, étant donné les gros avantages de la méthode, nous pensons qu'il est bon de la mettre en pratique chaque fois que la chose est possible. C'est un service à rendre aux opérés.

Vu, pour le Doyen :
L'Assesseur,
J. GUYOT.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
P. BEGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 janvier 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Binet. — La gynécologie indispensable. *Expér. Scient. Française.*

Bourcart. — Du lever précoce des accouchées et des opérées .(*Presse médicale*, 1919.

Brisset. — Statistique de 51 interventions gastriques avec lever précoce (1923) et avantages du lever précoce.

Chalier (A.). — Le lever précoce après les interventions abdominales. *Progrès médical*, 23 nov. 1929.

— Nouveau procédé de suture. *Bull. et mém. de la Société nationale de chirurgie*, 1929.

— Au sujet du lever précoce des opérés. *Lyon chirurgical*, mai et juin 1930.

— Le lever précoce après les interventions gynécologiques. *Presse médicale*, 12 nov. 1932.

— Le bilan de la méthode du lever précoce en chirurgie abdominale. *Lyon chirurgical*, janv., févr. 1933.

— Le lever précoce après les interventions gynécologiques. *Monde médical*, 15 janv. 1933.

— Le dépistage précoce et le traitement abortif des phlébites et embolies postopératoires débutantes en chirurgie abdominale. *Siècle médical*, 15 nov. 1933.

Delater et Hügel. — Du rôle des phlébites pelviennes dans la pathologie veineuse inflammatoire. *Monde médical*, 15 oct. 1932.

Ducuing. — Phlébites et embolies postopératoires. Masson, édit., 1929.

Ducuing et Guilhem. — Le lever précoce dans le traitement des phlébites chirurgicales et obstétricales; *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Toulouse*, 24 nov. 1933.

Folliasson et Baudry. — Le lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne. *Gazette méd. de France*, 1er oct. 1933.

Forgue. — Après la laparotomie. Extrait des *Annales de Gynéc. et d'obstét.*, janv., févr., mars, avril 1916.

— Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire. Rapport présenté à la Soc. nationale de chirurgie. Varsovie, juillet 1929.

Grégoire. — Rapport sur les 51 observations de Brisset : Soc. nationale de chirurgie, 28 nov. 1923.

Jeanneney (G.). — A propos de l'embolie postopératoire. Congrès de Varsovie, 1929.

— Le lever précoce des opérés. *Bull. et mém. de la Soc. nationale de chir.*, 18 oct. 1933.

Lapointe. — Le lever précoce des opérés. Soc. nationale de chir., séance du 5 déc. 1923.

Lopez (E.). — Policlinica, 1914.

Mériel. — Phlébites des membres inférieurs après la laparotomie.

Platon. — Le lever précoce des opérés. *Revue de vulgarisation des sciences médicales*, mai 1930.

Vaisse. — Le lever précoce des opérés. Thèse Lyon, 1919.

Violet (H.). — Au sujet du lever précoce des opérés. *Avenir médical*, sept.-oct. 1932.

18.287. — Bordeaux, Imprimerie-Librairie de l'Université, 6, pl. St-Christoly. — 1934